

**FORMULARIO : DECLARACION JURADA DE INICIO DE ACTIVIDADES DE
LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICION MEDICOS DE APOYO
D.S N° 013-2006-SA**

Fecha:

I. DATOS DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o razón social:.....
Domicilio :
DNI : RUC :
Persona Natural : ☐ Persona Jurídica : ☐

**II. DATOS DEL DIRECTOR MEDICO O RESPONSABLE DE LA ATENCION DE
SALUD.**

Nombre :
DNI: N° de Colegio Profesional :
N° de Registro Nacional de Especialidad :

III. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del Establecimiento:
Dirección:
.....
Croquis de Ubicación :



ESTABLECIMIENTOS CON INTERNAMIENTO

ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNAMIENTO

b. Consultorio Médico

SERVICIOS MEDICOS DE APOYO

b. Diagnóstico por imágenes

b.1 Ecografía

b.1 Rayos X

d. Servicio de traslado de pacientes

e. Centros ópticos

f. Laboratorios de prótesis dental

g. Centros de Vacunación

h. Centros de Medicina Alternativa

[illegible]

VIII. NOMINA DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Nombre y Apellidos	Profesión	Nº colegia- tura	Especialidad	RNE

IX. HORARIO DE ATENCION

DIAS	
HORAS	
DOMINGO Y FERIADOS	

X. COMPATIBILIDAD DE USO (otorgado por la municipalidad)

SI : ☐ NO : ☐

XI. REQUISITOS Y/O DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

- Tengo conocimiento que la presente Declaración Jurada y la documentación presentada están sujetas a verificación posterior de su veracidad y en caso de haber proporcionado información, documentos, formatos y/o declaraciones que no correspondan a la verdad, se me podrá aplicar las sanciones administrativas y/o penales correspondientes revocándose las autorizaciones que se

me otorguen como consecuencia de esta solicitud, según la Ley N° 27444 del Procedimiento Administrativo General

- Brindaré las facilidades necesarias para las acciones de verificación sanitaria a las autoridades competentes de la Dirección Regional de Salud.,según el artículo 35° de la Ley General de Salud.

FIRMA DEL PROPIETARIO
DEL ESTABLECIMETO

DNI _____

FIRMA DE DIRECTOR MEDICO
O RESPONSABLE

DNI _____